

Yetkinlik yaşına çatanlarda intihar riski və intihara cəhd

Müəllif **Xudaverdi Məmmədov**

Psixi sağlamlıq mərkəzinin psixoloqu. Azərbaycan, Bakı.

E-mail: hudaverdi_mamedov@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0001-5174-0963>

Annotasiya Müasir dövrdə tez-tez rast gəlinən intihar hadisəsi diqqətdə saxlanılması mühüm olan ictimai sağlamlıq problemidir. Stressli həyat tərz, ətrafda baş verən müxtəlif hadisələr, fiziki, psixi xəstəliklər, fərdin özünə qarşı gördüyü diqqətsizlik, hörmətsizlik, ailə-məişət qayğıları, məktəbdə yaşanan problemlər və s. intihara yol açan amillər risk faktoru sırasındadır. Dünyanın müxtəlif ölkələrində intihar hadisələrinin qarşısının alınması, səbəblərinin müəyyənəşdirilməsi üçün tədbirlər görülür, intihara yol açan amillər elmi-nəzəri və empirik yöndən araşdırılır, müzakirə olunur, elmi-tədqiqat işləri aparılır. Bu araşdırma da həmin qəbildəndir. Məqalədə ilk olaraq intiharın nə olduğu, nədən qaynaqlandığı suallarına aydınlıq gətirilir, dünya ölkələrində, eləcə də Türkiyədə intihar hadisələrinin statistikasi göstərilir. Son 20 ildə bu cür hadisələrin artması səbəbləri tədqiqata cəlb olunur və konkret misallar gətirilir. Eyni zamanda, yetkinlik dövrünün problemləri, ziddiyyətli hallar və onlardan çıxış yollarına aid proqramlar araşdırılır. Tədqiqat işində, həmçinin, intihara yol açan səbəblərin aradan qaldırılması, buna cəhd edən yetkinlik yaşında olanlarla psixoloji söhbətlərin aparılması problemlərinə də toxunulur, bu aspektdə konkret istiqamətlər elmi baxımdan təhlil olunur.

Açar sözlər Yeniyetmələrdə intihar, intihar riski, intihara cəhd, böhrana müdaxilə.

<http://dx.doi.org/10.29228/edu.6>

Məqaləyə istinad: Məmmədov X. (2019) *Yetkinlik yaşına çatanlarda intihar riski və intihara cəhd*. «Azərbaycan məktəbi». № 2 (687), səh. 71–86.

Məqalə tarixçəsi: Göndərilib — 15.03.2019; Qəbul edilib — 08.05.2019

Ergenlerde intihar riski ve intihar girişimleri

Yazar **Hudaverdi Memmedov**
Uzman Psikolog, Ruh Sağlığı Merkezi.
Azerbaycan, Bakü. E-mail: mxudaverdi@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5174-0963>

Özet İntihar önemli bir halk sağlığı problemidir ve başta gelen ölüm nedenlerinden biridir. İntihar için risk faktörleri, stresli yaşam olaylarını, fiziksel hastalıkları, psikiyatrik hastalıkları, önceki intihar girişimini, çocukluk suiistimal ve ihmali vb. kapsar. Ergenlerle ilgili intihar davranışı dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınırken, Türkiye gibi genç bir nüfusa sahip olan ülkelerde bu konu daha anlamlı hale gelmektedir. Artışla birlikte intiharlar ve intihar girişimlerine ait bazı özelliklerde (nedenleri, intihar türleri gibi) de farklılıklar beklenebilir ve intihar davranışı olan olguları genel hastanelerin psikiyatri kliniği dışındaki kliniklerinde tedavi etmek zorunluluğu doğabilir. Bu çalışmada intihar çeşitleri, intihar risk faktörleri, intihar girişimleri, ergenlik dönemi sorunları, ergenlerde intihar riski ve ergenlerde intihar girişimleri ve özellikleri ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. İntihar girişimlerinde krize müdahale, intihar önleme ve müdahale programlarının içeriğinde nelerin olduğu incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler İntihar, ergenlerde intihar riski, intihar girişimi, krize müdahale.

<http://dx.doi.org/10.29228/edu.6>

Makaleden alıntı: Memmedov H. (2019) *Ergenlerde intihar riski ve intihar girişimleri*. «Azərbaycan məktəbi». № 2 (687), s. 71–86.

Makale Tarihçesi: Gönderim Tarihi — 15.03.2019; Kabul Tarihi — 08.05.2019

Suicide risk and suicide attempts in adolescents

Author **Hudaverdi Mammadov**

Psychologist, Mental Health Center. Azerbaijan, Baki.

E-mail: mxudaverdi@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5174-0963>

Abstract Suicide is a major public health problem and one of the leading causes of death. Suicide risk factors include stressful life events, physical illnesses, psychiatric illnesses, past suicide attempts, childhood abuse and neglect, and so on. When the problem of adolescent suicide is a major public health problem in the world, in countries like Turkey, where the population is young, this issue makes more sense. With the increase, one can expect some differences in suicides and suicide attempts (reasons, types of suicide) and it may be necessary to treat patients presenting suicidal behavior in clinics other than psychiatric clinics of hospitals general. In this study, types of suicide, suicide risk factors, suicide attempts, adolescent problems, adolescent suicide risk, and adolescent suicide attempts and their characteristics were examined in the literature. Crisis intervention, suicide prevention, and suicide response programs were reviewed.

Keywords Suicide, suicide risk in adolescents, suicide attempt, crisis intervention.

<http://dx.doi.org/10.29228/edu.6>

To cite this article:

Mammadov H. (2019) *Suicide risk and suicide attempts in adolescents*. Azerbaijan Journal of Educational Studies. Vol. 687, Issue II, pp. 71–86.

Article history: Received — 15.03.2019; Accepted — 08.05.2019

Giriş

İnsanlık tarihi boyunca farklı toplumlarda, farklı zamanlarda ve farklı sıklıklarda görülen intihar, sadece ruh sağlığı uzmanlarını ilgilendiren bir sorun olmayıp ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri de bulunan bir olgudur. İntihar düşüncesi, eğilimi ve girişimi, yaşama dürtüsüne karşı çıkar. Bu nedenle ruh sağlığı uzmanları tarafından intihar, ruhsal açıdan bir bozukluk belirtisi olarak kabul edilir. İntihar oranı toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık gösterebilmektedir. İntihar oranı bazı toplumlarda oldukça düşük olmasına karşın, bazı toplumlarda ise bu olgu, belirli şartlar ortaya çıktığında girilmesi zorunlu bir davranış biçimi olarak kabul edilmiştir.

İntihar olgusu beraberinde iki önemli kavramı gündeme getirmektedir; tamamlanmış intiharlar (ki burada sonuç ölümdür) ve intihar girişimleri. İntihar literatüründe tamamlanmış intiharlara ilişkin bilgiler daha sistematik ve dolayısıyla güvenilir olarak karşımıza çıkmaktadır [Taneli, 1981].

Kişiliğin tanımlanmasında, DSM ve ICD ölçütleri kullanılarak yapılan sınıflandırma daha yaygın ve pratik bir yöntemdir. Boyutsal olarak değerlendirmenin yapıldığı çalışmaların sayıca azlığının nedeni, değerlendirme sürecinin zorluğudur. Özellikle, olguların hayatta olmadığı intiharlarda değerlendirme psikolojik otopsi ile yapılabilmektedir ve bu olgularda kişiliğin boyutsal olarak değerlendirilmesi çok güçtür. Bilgi alınan bireylerin tanımlaması ile ancak belirli ölçütlere göre sınıflandırma yapılabilmektedir [Ak ve arkadaşları, 2003].

İntihar olgusu yetişkinlere göre ergenlerde farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden bir tanesi ergenlerin içinde bulunmuş oldukları dönemin gelişimsel özellikleri ile ilişkilendirilebilir. Bütün çocuklar ergenlik dönemini farklı deneyimlerle yaşarlarken, sürekli gelişen bazı konular vardır ve bunlar özellikle akıl sağlığı, şiddete maruz kalma, suç mağduru olmak ve kendine zarar verme davranışıyla ilgilidir.

Bu çalışmada, intihar, intihar çeşitleri, intihar risk faktörleri ve ergenlik döneminde meydana gelen pek çok değişiklik ve zorluklardan bahsedilerek ergenlik döneminde yaşanan sorunların intiharla olan ilişkisi açıklanmaya çalışılacaktır.

İntihar tanımı ve epidemiyolojisi

İntiharın tanımını yapmak oldukça güçtür. Emile Durkheim'e göre, "Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir."

Edwin Shneidman'a göre, "İntihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir."

İntihar olgusundaki öğelerin iç içeliği, karmaşıklığı, içlerinde bilinmeyenlerin çokluğu, tanımlamanın bir cümleye sığmasını olanaksızlaştırır.

İntihar, Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm

olgularının en önde gelen on nedeninden biridir. Ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Özellikle genç yaşlardaki ölüm nedenlerinin en sıkılarından biridir. Tüm ölümlerin yaklaşık 0,9'u intihar sonucudur. Dünyada, her gün yaklaşık 1000 kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir [Özsoy ve Eşel, 2003].

ABD'de yıllık tahmin edilen intihar hızı 11/100 000'dir. Batı Almanya'da intihar oranı 36/100 000, Litvanya'da 34.4/100 000, İrlanda'da ise 3/100 000'dir. Türkiye'de genel nüfusta intihar oranı 2/100 000, Ankara'da ise intihar girişimleri oranı 107/100 000'dir. Evde ateşli silahın bulunması olasılığı arttırmaktadır [Yüksel, 2001].

İntihara bağlı ölümlerin son 20 yılda ergen ve erken erişkinlik grubunda belirginleşmesi dikkat çekicidir. Ölümle sonlanan ya da girişim düzeyindeki intihar davranışında “koruma ve önleme” çalışmalarına ışık tutması amacıyla çok sayıda risk faktörü saptama çalışması yapılmıştır. Ancak bunlardan elde edilen verilerle risk gruplarının belirlenmesi ve önleme çalışmalarının başarılı olduğunu söylemek olası değildir [Dilsiz, 1991-1992].

Ergenlik dönemi ve sorunları

Ergenlik çağı, kızlarda 11-20, erkeklerde 13-20 yaşlarını kapsar. Biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal açıdan bir gelişme ve olgunlaşma sürecinin olduğu, erişkinliğe geçiş dönemi olan ergenlikte kızlardaki değişim, erkeklere oranla, daha erken başlar [Yavuzer, 199]. Ergenlik döneminin en göze çarpan yanı kızlarda ve erkeklerde yaşanan fiziksel değişimlerdir. Bu değişimler er ya da geç tüm bireylerin başından geçmekte ancak herkes için eşit düzeyde bir etki oluşturmamaktadır. Bazı bireyler bu dönemde yaşadıkları değişiklikleri diğerlerine nazaran daha az hasarla atlattırmaktadır, ancak bazıları ise bu dönemi sancılı bir süreç olarak yaşamakta ve bu da bu bireylerin sadece fiziksel görünüşlerindeki değişikliklerle sınırlı kalmamakta ve onların bilişsel gelişimlerini de etkilemektedir. Ergenler, bu dönemde bağımsız olma ve kimliklerini bulma yolunda çok zorlu bir süreçten geçmeye başlarlar ve hayatın neresine uyum sağlamak istedikleri ve nereye gitmek istediklerine karar vermek için bir mücadele içine girerler. Ergenlerin bu dönemde depresyona girme olasılığı fazladır ve bir kısmı kendine zarar vermek, hatta kendini öldürmek ister [Gül ve Güneş, 2009]. Ergenlik dönemi genellikle erken ve ileri dönemler olarak ikiye ayrılarak incelenmektedir. Bu iki dönem arasında kuramsal olarak 17 yaş sınır kabul edilse de pratikte bu sınırın kesin olarak konulması zordur. Ancak erken dönemlerin daha karmaşık, daha zıt tavırlar ve daha çabuk kaybolup yeniden ortaya çıkabilen, şiddetli tepkilerle karakterize olduğu ve ileride kazanılacak olan erişkin kimliğin işaretlerini daha çok kapsadığı bilinmektedir [Güney, 1998].

Ergenlik döneminin bütün aşamalarında, daha az olgundan, daha olguna doğru bir gidiş vardır. Sıklıkla görülen bir geri gidiş ise bu ilerlemeyi geçici olarak durdurur.

Bu olgunlaşma süreci; ergen, erişkin dengesine ulaşınca kadar devam eder, amaç olgun erişkin rolünü kazanmaktır. Ergen, erken dönemde araştırdığı, ileri dönemlerde ise bulduğu kimliği ile nasıl bir insan olmak istediğini kavrar. Aynı zamanda kendisi, içinde bir üye olarak bütünlenebileceği bir grubun sosyal değerlerini benimser. Bu yolla erişkin süperegosu edinir. Ego ideali yeniden şekillenir ve erişkin kimliği kazanılır [Güney, 1998].

Ailesinden ayrı olarak bir birey olma yolunda olan ergen, genellikle karşılaştığı bu yeni durumu algılamakta yetersiz kalmaktadır. Aynı zamanda sorunlar karşısında mücadele edebilecek yeterli tecrübeye de sahip olmayan ergen, ailesi tarafından kendisine sağlanamayan desteği dışarıda arkadaş gruplarında aramaktadır. Bu yetersizliklerden dolayı karşılaştıkları sorunların çözümü noktasında sabırsız davranmaktadırlar. Sorunlarıyla baş edebilecekleri toplumsal normları ihlal ederek kendilerine yeni bir hareket alanı oluşturmakta ve norm ihlali onlar için yeni bir norm halini almaktadır. Bu nedenden dolayı kendilerini daha rahat ifade ettikleri bu yeni ortamı içselleştirmekte ve bu yeni normlara göre hareket etmek onlar için daha kolay gelmektedir. Yaşadıkları fiziksel ve bilişsel değişimlere adapte olmakta yetersiz kaldıklarında ise bu yetersizliklerini şiddet kullanmaları halinde ortadan kaldıracabileceklerine veya en azından bunun etkisini minimuma indirebileceklerine inanmaktadırlar. Bundan dolayı, her türlü sorunları çözmede yeterli donanım ve tecrübeye sahip olmadıkları için de her zaman için kısa vadeli çözümler üretmeyi daha etkili bir yol olarak kabul etmektedirler. Her ne kadar ergenler için göç ettikleri bu yeni dönem keşfedilmemiş topraklar konumunda olsa bile ebeveynleri bu konuda daha duyarlı ve hazırlıklı olmakla yükümlüdürler [Gül ve Güneş, 2009].

Ergenlikte ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık görülenler depresyon gibi duygulanım ve kaygı gibi anksiyete bozukluklarıdır. Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992) depresyonu ergen ruh sağlığı açısından önemle ele alınması gereken bir sorun olarak görmek gerektiğini belirtmektedirler. Bu dönemdeki ruhsal olaylar aynı zamanda bireyin yetişkinlikteki ruh sağlığını etkilemektedir. Bir grup erkek ergen arasında ruhsal olayları katılımcılar 14, 19 ve 48 yaşlarındayken inceleyen bir boylamsal çalışmayla Offer ve arkadaşları (1998) 14 yaşındaki psikolojik durumun etkisini 48 yaşındayken de gösterdiğini saptamışlardır. Örneğin, 14 yaşındayken hayattan zevk alamayan, üzüntülü kişilerin 19 yaşındayken kendilerini sevmedikleri bulunmuştur. Bu kişiler 48 yaşındayken ağlama, kendini suçlama ve değersiz görme ve kendi canına kıymayı düşünme gibi ruhsal sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Ergenliğin bir karmaşa (turmoil) dönemi olup olmadığını sorguladıkları gözden geçirme çalışmalarında Rutter ve arkadaşları (1976) ise bu dönemin gerçekten sorunlu bir dönem olduğu sonucuna varmışlardır. Daha sonraki görgül çalışmalar bu dönemde önemli ruh sağlığı sorunları yaşansa da çoğu ergenin bu dönemi sorunsuz geçirebildiğine işaret etmektedir. Buna rağmen çocukluk dönemiyle karşılaştırıldığında ruh sağlığı sorunlarının ergenlikte artış gösterdiği ve duygusal iniş çıkışların daha yaygın yaşandığı birçok araştırmacı tarafından kabul edilmektedir.

Ergenlik dönemi ve intihar algısı

Ergenlik, herhangi bir stres etkeni olmadığında bile sancılı bir süreçtir. Benlik gelişiminde, ergen bireysel ve genetik özellikleri kadar sosyokültürel, toplumsal ve ailesel birçok değişkenle etkileşim halindedir. Ergenlerdeki intihar girişimi, çok boyutlu yaklaşım gösterilmesi gereken karmaşık bir konudur. Çocuk ve gençlerde intihar girişiminde antidepresan kullanımında artışın olması, mizaç ve psikiyatrik bozukluklar, aile-ergen ilişki sorunları, şiddet ve istismar öyküleri, benlik gelişimi de birlikte değerlendirilmelidir [Çelik ve ark. 2011].

Ergenlik döneminde intihar girişimi ölme isteğinden çok kendini ifade etme biçimi, dışa vurum davranışı, yardım arama intihar girişimi ve ilgi çekme isteği olarak da değerlendirilebilir. Kendilik saygısı ve düşüncesi arasında negatif bir bağıntı bulunmakta ve üç yıllık bir dönemde olumsuz kendilik algısının sonraki intiharlar açısından yordayıcı olabileceği vurgulanmaktadır. Aynı zamanda düşük benlik algısı, depresyon ve umutsuzluk duyguları nedeniyle de intihar girişimine yol açabilir. Ergen intiharlarında ailesel ve psikososyal risk etkenleri arasında akran ilişkilerinin kalitesi, anne-baba ve aile ilişkilerinin yeterliliği, intihar girişiminde bulunan anne-babanın varlığı öngörücü özelliktedir [Çelik ve ark. 2011].

Psikososyal risk etkenleri, intihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde eşler arası ilişkide duygusal doyum olmaması ve intihar düşüncesi ile de güçlü biçimde ilişkili bulunmuştur. Toplum temelli çalışmalar ergenlerin %9.7'sinin intihar girişiminde bulunduğunu bildirmektedir [Çelik ve ark. 2011].

Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri

Son 20-30 yıl içinde ergenlerde sık görülen riskli davranışlarla ilgili olarak hem teorik hem de ampirik çok sayıda araştırma yapılmış ve önemli düzeyde bilgi birikimi oluşmuştur. Günümüzde riskli davranışlar bir yandan kültürel değerler ve toplumsal yapı ile, diğer yandan bireyin biyolojisi ve genetiği ile ilişkili ve aynı zamanda bireyin gelişimsel süreçlerinden de etkilenen kompleks durumlar olarak kabul edilirler. Ayrıca riskli davranışların bir arada görülme eğiliminde olduğu ve genellikle bir yaşam biçimi olarak karşımıza çıktığı da gösterilmiştir [Alıkaşifoğlu, 2008].

Ergenlerin intiharında çevre ve kişiler arası ilişkiler de, önemli risk faktörleri arasındadır. Shafii ve ark. (22) intiharla bağlantılı çevre değişkenliklerini, arkadaş, anne-baba ya da akrabaların intihar düşünceleri, tehditleri veya girişimlerinin olması, anne-babanın duygusal sorunları, anne-babanın yokluğu ve fiziksel hırpalanma olarak saptamıştır.

İntihar riskinin arttığı durumlara ait ipuçları şunlardır:

a) Affektif bozukluklarda intihar riski sadece depresif epizod sırasında mevcuttur, klinik olarak manik olan hiçbir olguda intihara rastlanmam ıdır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta maniklerin ani olarak depresyona girebilecekleridir.

b) Alkoliklerde yapılmış çalışmalar tek bir risk faktörünü göstermektedir, bu da

intihardan önceki 6 hafta içinde kişilerarası ilişkilerinde yaşadıkları kayıptır.

c) Şizofrenlerde sekonder depresyon prevalansı yüksek olup ümitsizlik hissinin yoğun olduğu üzerinde durulmaktadır [Maner, Taptık ve ark.].

İstanbul'daki yedi lisede öğrenim gören 422 (%44) erkek ve 537 (%56) kız olmak üzere toplam 959 öğrenciyle yapılan araştırmada Eskin (2000) ruhsal sorunlar ve bu sorunların intihar düşüncesi ve girişimleriyle olası ilişkileri incelenmiş ve araştırma sonucunda gençlerin %60,5'i ciddi olabilecek ruh sağlığı sorunlarını gösterebilecek bir skor kabul edilen 2 ve üzerinde bir puan almıştır. Bulgular en azından İstanbul'daki liselerde öğrenim gören ergenlik çağındaki öğrencilerin çoğunun ciddi psikolojik sorunlarının olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu araştırmadan elde edilen bulgular ruh sağlığı sorun belirtilerinin erkeklere kıyasla kızlar arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Ergen intiharlarında risk faktörleri

Literatürde ergenin karşılaştığı ve kimlik krizini yaratan stres kaynakları aynı zamanda ergeni sapmış davranışlara hatta en son basamak olan intihara sürükleyebilecek olan risk faktörleri olarak da kabul edilmektedir. Bu çerçevede temel olarak intiharın ortak risk faktörleri şu şekilde özetlenebilir; sosyal sistemin yarattığı stres kaynakları; ebeveyn baskısı, aile ve ergen arasında yaşanan kişiler arası zorluklar, ailenin dezorganizasyonu, ailedeki ekonomik problemler, ev içindeki yaşam şartları ve ailenin medeni durumu, aile içindeki bireylerin fiziksel ve mental sağlık sorunları (örneğin; ailede intihar öyküsü), kardeş/kardeşlerle yaşanan sorunlar, akrabalarla yaşanan sorunlar, okul baskısı, öğretmenler, yöneticiler ve öğrenciler arası yaşanan sorunlar, arkadaş baskısı, arkadaşlar arası yaşanan sorunlar, kız-erkek arkadaşlığı baskısı, flört ilişkisinde yaşanan zorluklar, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde izolasyon ve yabancılaşma, uygun olmayan referans gruplarını seçme şeklinde özetlenebilir. Sapmış davranışların nedeni olarak tek bir faktörden söz etmek çok güçtür. Genellikle bu risk faktörlerinden biri ya da bir kaçının etkili olduğu görülmektedir. Risk faktörleri, sapmış davranış gösteren ergenlerin karakteristik özelliklerinden yola çıkarak saptanan itici rol oynayan temel faktörleri kapsamaktadır. Böylelikle henüz sapmış davranış göstermemiş olan ergenin bile, söz konusu tanımlar içindeki davranışları gösterebilmesinin mümkün olabileceği konusunda bize alarm verir. Kuşkusuz bu vaziyet alışlardan, bütün gençlerin sapacağı şeklinde bir yorum yapılamaz ancak bu durum gençlerin içinde bulunduğu potansiyel tehlikeye işaret edebilir. Sonuç olarak bu faktörlerden bazılarının gencin yaşamında yer alması aslında bir uyarı niteliğindedir. Bu faktörlerin aynı zamanda ergeni intihara götüren risk faktörleri olarak da ele alınması söz konusu durum ve vaziyet alışların ergen alt kültüründeki konum ve yoğunluğunun irdelenmesinin, önlem alma ve ya muhtemel krizleri ve ortaya çıkabilecek problemleri engellemede büyük önem arz etmektedir. Kuşkusuz bu noktada intiharı başarısızlık korkusu, sosyal izolasyon vb gibi uzun süreli problemlerin birikimi olan bir sürecin sonucu olarak gördüğümüzü ve bu sürecin loko-

motifi olarak ele aldığımız sosyal ortamın sosyo-kültürel yapısal unsurlarına müdahale ederek problemlerin çözümüne katkıda bulunulabileceğini kabul ettiğimizi belirtmemiz gerekmektedir [Ulusoy ve ark. 2005].

Bunun yanı sıra intihar düşüncesine eşlik eden faktörlerin önemli bir kısmının aynı zamanda bireyi intihara götüren risk faktörleri olduğu saptanmıştır. Örneğin, cinsel tacize uğrama, madde bağımlılığı, vücuda zarar verme, cinsel kimlik memnuniyetsizliği ve inançsızlık gibi. Bu da bize göstermektedir ki gencin intihara karşı olan vaziyet alışı sosyalizasyon sürecinin kümülatif bir neticesidir. Dolayısıyla ergeni intihara götüren süreç de kümülatiftir. Bu bağlamda çalışmamız sonuçlarından intihar noktasına gelmeden ergen aslında söz konusu belirtilerin çoğunu göstermektedir. Bu durum aynı zamanda Türkiye’de yüksek intihar riski taşıyan bir ergen kategorisinin patlamaya hazır olduğunu da ifade etmektedir. Bu açıdan Türkiye’ nin de diğer dünya ülkelerini izleyeceği ve intihar oranlarının da artacağı tahmin edilebilir [Alikashifoğlu, 2008].

Ergenlerde intihar araştırmaları

Türkiye’de her yıl 15-24 yaş grubunda yılda 200-400 intihar gerçekleşmektedir. Tüm intihar girişimlerinin % 20’sini lise öğrencilerinin, % 25’ini 14 yaşın üzerindeki ergenlerin oluşturduğu, intihar girişimlerinin % 30-35’inin 15-24 ya ş grubunda yoğunlaştığı belirtilmektedir. İntiharın en güçlü belirleyicisi, önceden intihar girişiminin olmasıdır; ayrıca intiharla ölenlerin % 20-65’inde bir veya daha fazla intihar girişimi öyküsü vardır. İntihar girişimi öyküsü olan gençlerde ölümle ilgili düşünceler, ölmüş olmayı isteme, intihar düşünceleri ve planları , intihar girişimi öyküsü olmayan gençlere göre anlamlı biçimde daha yüksektir . İntihar girişimi olan kişilerin incelenmesinden elde edilecek bulgular, intiharın etiyolojisine ışık tutabilir. İntihar girişiminin sebeplerinin, risk faktörlerinin iyi anlaşılması, erken müdahaleyi ve olası intiharların önlenmesini sağlayabilir [Conger ve Galambos, 1997:37; Güler, 1996:27-28, akt. Ertemir, 2003].

Türk ergenlerin intihar davranışında bulunmuş bir akranlarını İsveçli ergenlere göre daha çok kabul ettikleri saptanmıştır [Eskin, 1995]. Ülkemizde, 1974-1998 yılları arasında, intihar hızı %100 artarak giderek büyümekte olan bir sorun haline gelmiştir. Ülkemizde 1950’li yıllardan beri süregelen Pazar ekonomisine geçiş çabaları, artarak devam eden göç (DİE 1996), beraberinde hızlı bir sosyal değişim getirmektedir [Altındağ ve ark. 20].

Türkiye’de ergenlerde ve genç yetişkin grupta (15-24 yaş) tamamlanmış intihar oranı gittikçe artmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü’nün 1996 yılı verilerinde bu oran 100.000’de 3.5’tur. Türkiye’de tamamlanmış intiharlara ilişkin kayıt tutulmasına karşın intihar girişimlerine ilişkin kayıtlar düzenli olarak tutulup bir merkezde toplanmadığı için gerçek oran bilinmemektedir. Sadece çeşitli merkezlerde yapılan araştırmalar mevcuttur. Bunlarda ancak genel bir fikir verebilir. Örneğin; Sayıl ve arkadaşları (1993) Ankara’daki tüm acil servislere 1990 yılı içinde intihar girişimi

ile yapılan başvuruları kayıtlardan tarayarak yaptıkları bir çalışmada olgular yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, yaşanılan semt, intihar yöntemi, hastanenin uyguladığı terapötik yaklaşım ve intihar zamanı değişkenleri açısından incelenmiştir. Bulgular intihar girişimlerinin daha çok genç grupta ve kadınlarda yüksek olduğunu göstermektedir. Yaş dağılımına bakıldığında 15-24 yaş grubunda belirgin yükselme olduğu görülmektedir. Türkiye’de sosyodemografik verilerin incelendiği bir çalışmada ise, cinsiyet dağılımında erkeklerin ilk sırada yer aldığı, yaş gruplarında 15-24 yaş grubunun üçüncü sırada olduğu görülmektedir [Fidaner ve Fidaner 1987].

İntihar nedeniyle yaşamını yitirenlerin yaş gruplarına bakıldığında, tüm dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de en yüksek rakamların genç nüfusa ait olduğu görülmektedir. TÜDK verilerine göre, ülkemizde intiharlar 15-24 yaş ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir (13). Gençlerde tüm yaş gruplarından daha hızlı bir yükselme olduğu görülmektedir. Bu açıdan, üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu riskli grup olarak belirtilen 15-24 yaş aralığında bulunmaktadır. Ülkemizde ve diğer ülkelerde kaygı ve stres yaratan bir ortamın etkisinde kalan üniversite gençliği, dönemini en yoğun yasayan gruplardan biridir [Keskin, 2011].

Bu sorunun önemine dikkat çeken diğer veriler de DSÖ’ne aittir. DSÖ tarafından hazırlanan “İntiharın Önlenmesindeki Beş Problem” adlı listede intiharın 15-34 yaş arası kişiler arasında önde gelen üç ölüm nedeninden biri ve 10-24 yaş arası kişiler arasında da önde gelen ikinci ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu listedeki verilere göre, intihar oranı dünya çapında ortalama yüz binde 16’dır. Bu oranın son 45 yılda %60 artarak her 40 saniyede bir ölüm anlamına gelmiş olması, sorunun ciddiyetini gözler önüne sermektedir (14). Sağlık ekibinin önemli üyesi olan hemşireler, hastanedeki hastaların yansıra toplumdaki riskli grupları da çok iyi değerlendirerek intihar davranışının erken tanı ve tedavisinde etken rol oynamalıdır (15). Hemşire olarak yapılacak önleme çalışmaları ile risk faktörleri azaltılırken, koruyucu faktörlerinde güçlendirilmesi ile gençlerin sağlıklı davranışlarının ön plana çıkarılmasına olanak sağlayacaktır [Keskin, 2011].

Ergenlerde intihar girişimlerini belirtilen nedenler ve intihar girişiminin özellikleri

İntihar girişimi nedeniyle Haseki Devlet Hastanesi ve Bakırköy Devlet Hastanesi acil servislerine başvuran, yaşları 14-24 arasında olan 31 ergen ile yapılmış bir araştırmada Ertemir ve Ertemir (2003) olgularla tıbbi müdahaleden ve genel durumları stabilize olduktan sonra 2-7 gün içinde görüşülmüştür. Demografik özelliklerinin, önceden intihar girişimi olup olmadığının, intihar girişiminin özelliklerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda en sık kullanılan intihar yöntemi her iki cins için de yüksek doz ilaç alımı olmuştur. 31 olgunun 21’i (% 67.7) bu yöntemi tercih etmiştir. 5 kişi birden fazla yöntemi uygulamıştır. İntihar yöntemi bakımından cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İzmir Tepecik SSK hastanesine intihar davranışı ile başvuran kişilerle sürdürülmüş olan araştırmada Dilsiz ve Dilsiz, (1991-1992) elde edilen veriler arasından yalnızca intihar girişimlerinden hemen önce olduğu belirtilen; girişime yol açan-neden olan-presipite edici nedenler sunulmuştur. Belirtilen nedenler ana-baba, eş, diğer kişilerle sorunlar; ruhsal bozukluk, para-iş-okul sorunları ve fizik hastalıkları olarak sınıflandırılmıştır.

Girişime en sık yol açan neden ana-baba ile sorundur (34.4) ve istatistik olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Ana-baba ile sorun yüksek oranda çocuk-ergen yaş grubunda ve kadınlarda (%87.5) yaşanmaktadır. Belirtilen bu sorunu eşle sorun (%19.1) izlemektedir ve eşle sorun oluşu anlamlı düzeydedir ($p<0.01$). Eşle sorun en sık 20-39 yaş grubunda (%92.5) ve kadınlarda yaşanmaktadır. İntihar girişimlerine neden olarak doğrudan ruhsal sorunlarını belirtenlerin oranı %19.1'dir. Ruhsal sorun oluşu da anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). İntihar girişimine öncül olduğu belirtilen diğer kişilerle sorun (%17.7), para-iş-okul sorunları (%8.7) ve fizik hastalık (%1.0) anlamlı dağılım göstermemiştir.

İntihar girişiminde kullanılabilecek çok çeşitli yöntemler vardır. Ergen bunları çevreden, medyadan duyarak öğrenebilir. Özellikle medyadaki intiharlarla ilgili haberlerin ergenler üzerinde özendirici olabileceği unutulmamalıdır. Kimyasal madde kullanma, ası, suda boğulma, ateşli silah, yüksekten atlama gibi yöntemler kullanılabilir. Çevrede en kolay bulunabilecek ilaçlarla intihar girişimi (özellikle kadınlarda) oldukça yaygındır [Hocaoğlu, Ükinç ve ark. 2001].

Ergenlikteki intihar girişimleri, sonraki intihar girişimleri için olduğu kadar erişkinlik döneminde duygudurum bozuklukları ve alkol/ madde bağımlılığı gibi birçok ruhsal bozukluk açısından da risk oluşturabilir. Bazen de çevre üzerinde kontrol ve otorite sağlamak amaçlı manipulatif bir amaç taşıyabilir. Manipulasyon ve olası ruhsal bozuklukların belirtilerinde örtüşme olabileceği için intihar hastalarının belli aralıklarla düzenli olarak izlenmesi gereklidir [Çelik ve ark. 2011].

İntihar önleme ve müdahale programları ve intihar girişimlerinde krize müdahale

İntiharı önleme çalışmaları içerisinde krize müdahale yaklaşımı Korkut'un (2004: 233) da belirtmiş olduğu gibi en çok kullanılan intiharı önleme programı tipi olarak ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle kısaca da olsa intiharı önlemede, krize müdahale üzerinde durmak gerekmektedir. Genel bir deyişle günlük yaşamda süresi sınırlı bir denge bozukluğunu ifade etmede kullanılan kriz kavramı, yaşam koşullarında ani değişikliklere ve çeşitli duygusal zorlanmalara neden olan bir alt-üst oluş, bir dezorganizasyon durumuna işaret etmektedir. Sonneck'e (1993-a: 56) göre bir krizin değişim ve olgunlaşmayla mı yoksa intihara kadar gidebilen bir felaketle mi sonuçlanacağı:

1. Krize yol açan olaya,
2. Bu olayın kişi için subjektif anlamına,

3. Kişinin krize yatkınlığına, çevrenin tepkisine kişinin sahip olduğu yardım olanaklarına,

4. Kişinin sosyal çevreyle bütünleşebilmesine bağlıdır.

Kanel (1999: 1-2) genel olarak bir kriz olgusunun üç görünümüne sahip olduğunu ileri sürmektedir: Bunların ilki bir tetikleyici (presipitan) olayın oluşmasıdır. İkincisi kişisel bir zorlanmaya neden olan tetikleyici olayın algılanma biçimidir. Sonuncusu ise olağan baş etme yöntemlerinin etkisiz kalmasıdır. Kanel, bir kriz sürecini şu şekilde formüle etmiştir:

Tetikleyici olay → algı → kişisel zorlanma → Fonksiyonelliğin düşmesi [Alptekin, 2008].

İntihara eğilimli danışanla ile çalışırken kriz danışmanının iki temel sorumluluğu vardır: (1) Durum yatışınca kadar kişiyi hayatta tutmak, (2) Kişinin intihar dışındaki alternatif çözümlerin araştırmasını sağlamak (Özgüven).

Sonneck (1993-b: 21-22) krize müdahalenin hedefinin kişinin kendi kendisine ve çevrenin kişiye yardım etme becerisini desteklemek olduğunu ileri sürmektedir. Sonneck'e göre krize müdahalenin genel ilkeleri şunlardır:

- İvedi başlangıç (bir an evvel başlamak),
- Aktif olmak,
- Yöntemde esnek olmak,
- Aktüel / güncel duruma ya da olaya odaklanmak,
- Çevrenin katılımını sağlamak,
- Kriz yükünü hafifletmek ve
- Eşgüdümlü çalışmak

Birey, aile ve topluma yarar sağlayacak etkin bir tedavi hizmetinin en kısa sürede gerçekleşmesini krize müdahalenin temel amacı olarak gören Turan (1999; 290-295) bu yaklaşımın sosyal hizmette davranış değiştirme odaklı kişisel çalışma uygulaması ile birçok yönden benzerlik gösterdiğini ve sıklıkla uygulanan bir sorun çözme modeli olduğunu öne sürmektedir. Turan'a göre krize müdahalenin başlıca özellikleri; kısa sürede uygulanması, ağırlıklı olarak kişi / ailenin günlük yaşamda karşılaştığı sorunlar üzerine eğilmesi ve SHU'nun aktif katılımını gerektirmesidir. Turan kriz tedavisini dört aşamalı bir süreç olarak görmektedir Bunlar: 1) Bunalıma yol açan sorun durumunu değerlendirme; 2) kriz durumu hakkında başvurayı bilgilendirme; 3) sorunun kısımlara ayrılarak çözümlenmesi ve 4) tedavi sürecinin uygulanmasıdır [Alptekin, 2008].

Özgüven'e (2003: 28-32) göre intihar girişiminde bulunanlar kriz durumunun ikinci aşamasında yer alırlar. Bu kişiler karşı karşıya oldukları sorunla başedebilmek için yardım aramış, ancak elde edememişlerdir. Gereksinim duydukları yardımı elde edebilmek için dramatik, dikkat çekici bir hareket gerçekleştirmişler, yani intihar girişiminde bulunmuşlardır. Özgüven, krize müdahaleyi bu kişilere yardım için en uygun yaklaşım olarak görmektedir; etkili bir krize müdahalede ise aşağıda belirtilen hususların göz önünde bulundurulmasını önermektedir:

1. Tıbbi müdahalenin sağlanması,

2. İlk görüşme için gereken özenin/önemin gösterilmesi,
3. Tedaviye yönelik uygun psikiyatrik yaklaşımın belirlenmesi,
4. Ölümcül araçlara ulaşılabilirliğinin azaltılması,
5. İntihar riskinin değerlendirilmesi,
6. Problem çözümü ve
7. İlaç tedavisi

Halk sağlığı alanındaki önleme faaliyetlerine genel olarak değinmek gerekirse birincil (temel) önlemede; daha önce hastalığın görülmediği bireylerde hastalığın oluşmasının önlenmesi istenmekte ve hastalık insidansının (sıklığının) azaltılması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda hastalığa direncin artırılması ve hastalığın yayılmasına engel olunması amacıyla toplumun hastalıklara karşı eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi yönünde bir takım aktivitelerde bulunulur. Ancak hedefin ve hedef grubunun büyüklüğü, hastalıklarla ilgili değişkenlerin çeşitliliği, kimi güçlükleri de beraberinde getireceği unutulmamalıdır. İkincil önleme, hastalık riski taşıyan kişilere yönelik eylemleri kapsamaktadır. Bu doğrultuda ikincil önleme; hastalık süresinin ve yaygınlığının azaltılması yönündeki çalışmalardan oluşmakta, önleyici çabalar risk gruplarının belirlenmesi ile hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde yoğunlaşmaktadır. Çelikkol'a (1999: 190) göre erken teşhis ve tedavi zaman, masraf, işgücü ve hastalığın kalıcı hasarlarını azaltma ya da ortaya çıkışını önleme yönünden kazanç sağlamaktadır. Çelikkol, ruhsal krizlerin önlenmesini ikincil düzeydeki önleme için örnek göstermektedir. Üçüncül önleme ise ciddi bir hal almış bir problemin daha da daha da kötü gelişmesine veya fazladan zarar vermesine ya da bu problemin başkalarına sıçramasını önlemeye yönelik eylemleri kapsamaktadır [Alptekin, 2008].

Önlemenin halk sağlığı açısından yapılmış tanımı yaygın olarak kullanılmasına karşın bazı yönleriyle eleştiriler de almaktadır. Örneğin Çelikkol'un (1999: 186-187) belirttiği gibi hastalığın oluşumuna etki eden değişkenlerin hangileriyle, nasıl ve ne oranda çalışılacağı her zaman belirgin olmadığından birincil önlemenin amacını ve yöntemini belirlemek güçtür, ortaya konan çabaların geçerliliğini ölçmek neredeyse olanaksızdır. Ayrıca aşırı personel ve parasal harcama gerektiğinden bu doğrultuda sosyal politika geliştirecek siyasi otorite ve iradeye ihtiyaç duyulmaktadır [Alptekin, 2008].

Kuşkusuz intiharı önleme çalışmalarının yürütülmesi için pek çok gerekçe öne sürülebilir. Örneğin intiharları önleme çalışmasının bir gerekçesini toplumu, intiharın neden olacağı zararlardan (toplumda yaygınlaşabilmesi, toplum düzenini tehdit etmesi, geride kalanlara acı vermesi, önemli ve verimli olabilecek insan kaynağının yitirilmesi vb.) koruma düşüncesi oluşturabilir. Diğer bir gerekçe yaşamın her türden katlanılması zor sıkıntı ve acıya karşı yine de değerli olduğuna inanmak gibi insancıl (hümanistik) kaygılara dayandırılabilir [Alptekin, 2008].

İntiharı önleme çalışmalarının bir diğer gerekçesi de özellikle ruhsal bozukluk belirtilerinin bulunmadığı durumlarda intihar davranışının her türden kriz yaşantıları ile iç içe geçmiş ilişkisinde aranabilir Etkisi zamanla sınırlı akut kriz yaşantıları sonucu çeşitli duygusal zorlanmalar nedeniyle bilinenden farklı kişilik

özelliklerine sahip olanların da intihar davranışına yönelebiliyor olması ve bu kişilerin zamanında görecekları tedavi / yardım ile bu krizi intihara yönelmeden atlatabilme olasılıklarının bulunması öne sürölen bu gerekçenin haklılık payını artırmaktadır [Alptekin, 2008].

Sonuç

Bu çalışmada intihar, ergenlik dönemi ve sorunları, ergenlerde intihar riski ve girişimleri, krize müdahale ve önleme programları araştırılmıştır. Genel olarak intiharın tanımını yapmak zor olmakla birlikte, intihar algısı ve girişimi kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Araştırmalar, kendine zarar verecek davranışlarda bulunan ve intihar eğilimleri olan bireylerin çoğunlukla ergenlik döneminde karşılaşılan fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerle baş etmekte güçlük çeken ergenler olduğunu ortaya koymaktadır. Ergenlik döneminde yalnızlık duygusu, depresyon, manik, panik atak, şizofreni gibi ruhsal bozuklukları olan bireylerin intihar davranışı sergileyebilecekleri saptanmıştır. Yapılan diğer araştırmalar sonucunda ise ergenlerde intihar düşüncesi, girişimi ve intihar olgusunun ortaya çıkmasında ki en önemli nedenlerden bir tanesi aile içi ilişkilerdeki sorunlar olarak gösterilmiştir. Türkiye gibi genç bir nüfusa sahip olan ülkede intihar davranışında bulunanların büyük bir çoğunluğunun erkekler olduğu söylenebilir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin büyük bir oranının yüksek dozla ilaç kullanımı ile acile başvurdukları saptanmıştır. İntihar girişimlerinde krize müdahale programları üç aşamada gerçekleştiriliyor. Birinci aşamada daha önce intihar girişiminde bulunmamış bireylere intihar girişiminin oluşmasının önlemini almak ve sıklığının azaltılması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda intihara karşı direncin artırılması ve intihar olayının yayılmasına engel olunması amacıyla toplumun intiharlara karşı eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi yönünde bir takım aktivitelerde bulunulur. İkinci aşama intihar riski taşıyan bireylere yönelik eylemleri kapsamaktadır. Üçüncü aşamada ise ciddi bir hal almış bir problemin daha da daha da kötü gelişmesine veya fazladan zarar vermesine ya da bu problemin başkalarına sıçramasını önlemeye yönelik eylemleri kapsamaktadır.

Kaynakça

1. Ak, M. & Gülsün, M. & Özmenler, K.N. (2009). "Özkıyım ve Kişilik": Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009; 1:45-54.
2. Altındağ, A., Sır, A., Özkan, M. (2001). "Türkiye’de İntihar Hızlarındaki Değişimler (1974-1998)": Psikiyatri Dergisi, 79-85.
3. Alptekin, K. (2008). "Sosyal Hizmet Bakış Açısından Genç Yetişkinlerde İntihar Girişimlerinin incelenmesi: Bir Model Önerisi": Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
4. Alikasıfoğlu, M. (2008). "Ergenlerde Davranışsal Sorunlar": İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sempozyum Dizisi No:63, s.55-59, İstanbul.
5. Altındağ A., Sır A., Özkan M. (2001). Türkiye’de İntihar Hızlarındaki Değişimler (1974-1998). Psikiyatri, 79-85.
6. Çelik, Y., Yıldırım, V., Metin, Ö. , Tahiroğlu, A., Toros, F., Avcı, A., Öngel, A. & Karayazı, İ. (2011). "Özkıyım girişimi olan ergenlerde ruhsal bozukluklar, benlik ve aile işlevselliği": Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 12:280-286, Adana.
7. Çuhadaroğlu F., Sonuvar B. (1992). Adolesanlarda depresyon. Nöropsikiyatri Arşivi, 29: 145-150.
8. Dilsiz, A. & Dilsiz, F. (1993). "İntihar Girişimlerini Belirtilen Nedenler": SSK Tepecik Hastanesi, Kriz Dergisi 1(3): 124-128, İzmir.
9. Eskin, M. (2000). "Ergen Ruh Sağlığı Sorunları ve İntihar Davranışıyla İlişkileri": Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.
10. Eskin, M. (2001). "Ergenlikte Yalnızlık, Başetme Yöntemleri ve Yalnızlığın İntihar Davranışıyla İlişkisi": Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.
11. Ertemir, D. & Ertemir, M. (2003). "Gençlerin İntihar girişimlerinin Özellikleri": Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Düşünen Adam; 16(4): 231-234.
12. Eskin M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: a cross-cultural investigation. J Clin Psychol, 51:158-172.
13. Fidaner C., Fidaner H. (1987). Türkiye’de intihar epidemiyolojisi. XXIII Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 308-316.
14. Gül, S.K. & Güneş, İ.D. (2009). "Ergenlik Dönemi Sorunları ve Şiddet": Polis Akademisi, Sosyal Bilimler Dergisi / Cilt: XI, Sayı 1.
15. Güney, M. (1997). "Kriz Müdahalede Etik": Sosyal Psikiyatri Sempozyumunda verilen konferans 7-9 Mayıs, Ç.Ü.T.F, Kriz Dergisi 5(1): 65-69, Adana.
16. Hocaoglu, Ç., Ükinç, K., Kandil, S.T., Ersöz, H.Ö. & Sayar, M.K. (2001). "Bir Ergenin İntihar Girişimi": Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kuşadası’nda 37. Ulusal Diyabet Kongresi’nde sunulmuştur. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2(4):236-24, Trabzon.

17. Kanel, K. (1999). A guide to crisis intervention. Pacific Grove: Brooks / Cole Publishing Company.
18. Keskin, Y. (2011). "Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi": Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
19. Maner, F. & Taptık, S. & Ziyalan, P.Y. & Uygur, N. (2010). "Çocuk ve Ergenlerde İntihar": Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi III. Psikiyatri Birimi.
20. Özsoy, S.D. & Ertuğrul, E. (2003). "İntihar (Özkıym)": Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 38039 Melikgazi, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 4:175-185, Kayseri.
21. Özgüven, H.D. (2003). "İntihar Girişimlerinde Krize Müdahale": Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Dikimevi, Kriz Dergisi 11 (1): 25-34, Ankara.
22. Özgüven, H.D. & Soykan, Ç. & Haran, S. (2003). "İntihar Girişimlerinde Sorun Alanları ve Tetikleyiciler": Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikolojik Müdahale Değerlendirme ve Eğitim Merkezi, Ankara.
23. Palabıykoğlu, R. (1994). "İntihar Davranışı ve Kitle İletişim Araçları": Kriz Dergisi 2(2): 277-284.
24. Palabıykoğlu, R. (1993). "İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi": A.Ü. T.F. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi. Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kriz Dergisi 11 (1) 13-24, Ankara.
25. Sayıl I., Oral A., Güney S. ve ark. (1993). Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. Kriz Dergisi 2:56-62, Ankara.
26. Siyez, D.M. (2006). "Ergenlik Döneminde İntihar Girişimleri: Bir Gözden Geçirme": Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Cilt:14 No:2 Kastamonu Eğitim Dergisi 413-420, İzmir.
27. Stauffer, M. D. (2004). From Seneca to suicidology: D.Capuzzi (Ed.), Suicide across the life span: Implications for counselors (pp. 3-37). Alexandria, VA: American Counseling Association.
28. Şahin, N.H. & Batıgün, A.D. (2009). "Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması": Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(1): 28-36, Ankara.
29. Taneli, S. (1981). İntihar ve İntihar girişimleri. Tıp Fakültesi Dergisi, Sayı:3,1-2, Bursa.
30. Ulusoy, D. & Demir, N.Ö. & Baran, A.G. (2005). "Ergenlik Döneminde İntihar Algısı: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği": Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2005 / Cilt: 22 Sayı: 1 / ss. 259-270, Ankara.
31. Yüksel, N. (2001). "İntiharın Nörobiyolojisi": Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
32. Yavuzer, H. (1996). Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.